

## **Delibera della G.P. n. 2568 del 15.06.98**

**Nomenclatore tariffario provinciale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del servizio sanitario provinciale con decorrenza dal 1 luglio 1998.**

**Linee guida per l'applicazione del tariffario.**

**Altre prestazioni di assistenza specialistica e relative tariffe.**

L'art. 8, commi 5 e 7 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, prevede che le Aziende USL assicurino ai cittadini le prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio contemplate dai livelli di assistenza, secondo gli indirizzi della programmazione, avvalendosi dei propri servizi e di altri produttori pubblici e privati ed intrattenendo con essi appositi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di un sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

L'art. 2, comma 9, della L. n. 549/95 demanda al Ministero della Sanità l'individuazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del SSN e delle relative tariffe massime, da corrispondere in sede di prima applicazione del sistema di remunerazione a prestazione di cui all'art. 8, comma 5, del D.Lgs. 502/92. A tale adempimento il Ministero ha provveduto con D.M. 22.07.96 (G.U. n. 216 del 14.09.96) successivamente modificato ed integrato con D.M. 10.02.97 e con D.M. 13.05.97.

L'art. 1, commi 1 e 2 del D.M. 22.07.96, recita che le regioni/province autonome possono prevedere nel proprio territorio:

## **Beschluss der L.R. Nr. 2568 vom 15.06.98**

**Landestarifverzeichnis für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, für Instrumentaldiagnostik und Laborleistungen, die im Rahmen des Landesgesundheitsdienstes mit Inkrafttreten ab dem 1. Juli 1998 erbracht werden können.**

**Leitlinien für die Anwendung des Tarifverzeichnisses.**

**Weitere fachärztliche Leistungen und diesbezügliche Tarife.**

Der Artikel 8, Absätze 5 und 7 des gesetzesvertretenden Dekretes Nr. 502/1992, in geltender Fassung, besagt, daß die Sanitätsbetriebe den Bürgern die als Betreuungsart vorgesehenen fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, die Instrumentaldiagnostik sowie die Laborleistungen gemäß den Zielen der Gesundheitsplanung gewährleisten. Zu diesem Zweck bedienen sich die Sanitätsbetriebe der eigenen Dienste sowie jener der öffentlichen und privaten Leistungsanbieter und treffen mit diesen eigens vorgesehene Vereinbarungen, die auf dem Prinzip der Akkreditierung der Einrichtungen, auf dem Prinzip einer leistungsbezogenen Finanzierung sowie auf der Qualitätskontrolle der Tätigkeiten und Leistungen fußen.

Der Artikel 2, Absatz 9 des Gesetzes Nr. 549/1995 beauftragt das Gesundheitsministerium mit der Festlegung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laborleistungen, die im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes erbracht werden können sowie der diesbezüglichen Höchstarife, die im Zuge der Erstanwendung des Systems einer leistungsbezogenen Finanzierung gemäß Artikel 8, Absatz 5 des gesetzesvertretenden Dekretes Nr. 502/1992 entrichtet werden müssen. Das Gesundheitsministerium ist dieser Aufforderung mittels Erlaß des Ministerialdekretes vom 22.07.1996 nachgekommen (Amtsblatt der Republik Nr. 216 vom 14.09.1996), nachträglich geändert durch die Ministerialdekrete vom 10.02.1997 und vom 13.05.1997.

Der Artikel 1, Absätze 1 und 2 des Ministerialdekretes vom 22.07.1996 besagt, daß die Regionen/Autonomen Provinzen auf dem jeweiligen Gebiet folgende Maßnahmen treffen können:

- l'erogazione di ulteriori prestazioni rispetto a quelle elencate nell'Allegato 1 del nomenclatore nazionale;
- l'individuazione di ulteriori prestazioni da assoggettare a specifiche condizioni di erogabilità;
- l'accorpamento per profilo di trattamento di due o più prestazioni.

L'art. 1, comma 3, dello stesso decreto ministeriale stabilisce che le tariffe individuate rappresentano la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori ed hanno valenza in sede di prima applicazione del nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni, ferma restando, quindi, la competenza provinciale a determinare il sistema tariffario in ottemperanza alla normativa vigente e secondo i criteri definiti dal D.M. 15.4.94 recante „Criteri per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera“, il quale prescrive, tra l'altro, che le tariffe siano definite sulla base della valutazione dei costi effettivi delle prestazioni rilevati nell'analisi di un campione di strutture pubbliche e private.

L'art. 35, comma 3, della L. n. 449 del 27.12.1997 prevede l'applicazione del decreto ministeriale D.M. 22.07.96 dal 01.01.1998 per le regioni e province autonome che non abbiano provveduto a determinare tariffe proprie entro il 31.12.97.

L'art. 27, comma 1, della L.P. n. 1 del 21.01.98 fissa l'entrata in vigore del nuovo tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale, da predisporre ai sensi del D.M. 22.07.96, a partire dal 1 luglio 1998 e non oltre tale data.

Tutto ciò premesso:

Ritenuto necessario adottare il nomenclatore provinciale tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, recependo il nomenclatore tariffario nazionale pubblicato con D.M. 22.07.96 con le modifiche ed integrazioni ammesse dallo stesso decreto e consistenti in:

- aggiunta di ulteriori prestazioni erogabili nel territorio provinciale, contrassegnandole con lettera „I“;

- das Erbringen von weiteren Leistungen zusätzlich zu jenen, die in der Anlage 1 des gesamtstaatlichen Tarifverzeichnisses aufgelistet sind;
- die Festlegung von weiteren Leistungen, deren Erbringung eigenen Voraussetzungen unterworfen sind;
- das Zusammenlegen nach Behandlungsprofil von zwei oder mehreren Leistungen.

Der Artikel 1, Absatz 3 des genannten Ministerialdekretes besagt, daß die festgesetzten Tarife die höchstmögliche Vergütung an die Leistungsanbieter darstellen und im Zuge der Erstanwendung des neuen leistungsbezogenen Vergütungssystems angewandt werden. Somit bleibt die Zuständigkeit des Landes bestehen, das Tarifsysteem festzulegen und zwar in Durchführung der geltenden Regelung sowie unter Beachtung der Kriterien gemäß Ministerialdekret vom 15.04.1994 betreffend: „Kriterien für die Festlegung der Tarife für die fachärztliche, rehabilitative und stationäre Betreuung“; das genannte Dekret schreibt unter anderem vor, daß die Tarife auf der Grundlage einer Schätzung der tatsächlichen Kosten der Leistungen festzulegen sind; die Kosten sollen infolge einer Analyse in öffentlichen und privaten Einrichtungen in der Form von Stichproben erhoben werden.

Der Artikel 35, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 449 vom 27.12.1997 schreibt die Anwendung des Ministerialdekretes vom 22.07.1996 ab dem 01.01.1998 für jene Regionen und Autonomen Provinzen vor, die innerhalb 31.12.1997 keine eigenen Tarife festgelegt haben.

Der Artikel 27, Absatz 1 des L.G. Nr. 1 vom 21.01.1998 sieht vor, daß das gemäß Ministerialdekret vom 22.07.1996 festgelegte neue Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen ab 1. Juli 1998 in Kraft tritt.

All dies vorausgesetzt:

Für notwendig erachtet, das Tarifverzeichnis für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen anzuwenden, indem das gesamtstaatliche Tarifverzeichnis gemäß Ministerialdekret vom 22.07.1996 mit den Änderungen und Ergänzungen rezipiert wird, die vom genannten Dekret gutgeheißen worden sind. Dabei handelt es sich um:

- hinzugefügte weitere Leistungen, die auf Landesebene erbracht werden können (mit Buchstabe „I“ gekennzeichnet);

- accorpamento di due o più prestazioni, contrassegnandole con lettera „A“;
- adeguamento delle tariffe per quei settori o prestazioni per i quali la provincia abbia condotto analisi e stime dei costi presso un campione di strutture pubbliche e private;
- ampliamento delle note esplicative al fine di chiarire e disciplinare le modalità di esecuzione di specifiche prestazioni;
- cura della codifica delle nuove voci provinciali coerentemente col sistema di classificazione utilizzato dal D.M. 22.07.96 e successive modifiche ed integrazioni.

Precisato che le tariffe del nomenclatore tariffario provinciale di specialistica ambulatoriale (Allegati 1 e 3) sono determinate sulla base di analisi dei costi a livello prima nazionale e poi provinciale, venendo meno la necessità di mantenere la tariffa per „paganti in proprio“ (tariffa 1) prevista dal tariffario provinciale approvato con delibera della G.P. n. 4211 del 27.07.92 e successive modifiche ed integrazioni.

Tenuto conto dell'impatto del nuovo tariffario sulla quota a carico degli utenti e ravvisandosi l'opportunità di applicare una riduzione ai sensi dell'art. 2, comma 9, della L. n. 549/95, con riferimento alle seguenti prestazioni analiticamente contemplate:

89.26 visita ginecologica  
 89.03 anamnesi e valutazione definite complessive  
 89.7 visita generale  
 89.13 visita neurologica  
 95.02 esame complessivo dell'occhio  
 89.01 anamnesi e valutazioni definite brevi  
 89.07 consulto, definito complessivo (valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe)

Visto l'art. 8, comma 7, del D.Lgs.vo n. 502/92 che attribuisce alle regioni/province autonome la competenza di adottare i provvedimenti necessari all'instaurazione degli „appositi rapporti“, e ritenuto che al perfezionamento dei medesimi si perviene a seguito di negoziazione da effettuarsi sulla base dei volumi prefissati di prestazioni e delle tariffe determinate a livello provinciale.

- die Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen (mit Buchstabe „A“ gekennzeichnet);
- die Angleichung der Tarife für jene Bereiche oder Leistungen, für welche das Land Analysen und Kostenschätzungen in öffentlichen und privaten Einrichtungen durchgeführt hat;
- das Hinzufügen von weiteren Erklärungen zum Verständnis der Verhaltensregeln bei der Durchführung von bestimmten Leistungen;
- die Kodierung der zusätzlichen Leistungen auf Landesebene, unter Beachtung des vom Ministerialdekret vom 22.07.1996, in geltender Fassung, festgelegten Klassifizierungssystems.

Festgehalten, daß die Tarife des Landestarifverzeichnisses für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen (Anlagen 1 und 3) auf der Grundlage der vorher auf gesamtstaatlicher- und dann auf Landesebene durchgeführten Kostenanalysen festgelegt worden sind, sodaß sich der Tarif für die „selbstzahlenden Patienten“ (Tarif 1) erübrigt; der besagte Tarif ist bereits im Beschluß der Landesregierung Nr. 4211 vom 27.07.1992, in geltender Fassung, betreffend das Landestarifverzeichnis vorgesehen worden.

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen des neuen Tarifverzeichnisses auf die vom Patienten zu entrichtende Leistungsgebühr (Ticket) ist es zweckmäßig, einen vom Artikel 2, Absatz 9 des obgenannten Gesetzes Nr. 549/1995 vorgesehenen Tarifabschlag auf die nachstehend angeführten Leistungen anzuwenden:

89.26 Gynäkologische Untersuchung  
 89.03 Gesamtanamnese und Gesamtevaluation  
 89.7 Allgemeine Untersuchung  
 89.13 Neurologische Untersuchung  
 95.02 Gesamtuntersuchung des Auges  
 89.01 Kurzanamnese und Kurzevaluation  
 89.07 Umfassendes Konsilium (multidisziplinäre geriatrische Evaluation)

Nach Einsicht in den Artikel 8, Absatz 7 des gesetzesvertretenden Dekretes Nr. 502/1992, wonach die Regionen und Autonomen Provinzen die Maßnahmen für „eigens vorgesehene Kontakte“ zu den Einrichtungen treffen, und diese beenden, sobald die entsprechenden Verhandlungen erfolgt sind; dabei müssen die auf Landesebene festgelegten Leistungszahl und Tarif berücksichtigt werden.

Considerato che in attesa della definizione delle procedure di accreditamento definitivo di cui al D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, e in attesa della predisposizione dei piani di produzione, le singole strutture private nonché i liberi professionisti attualmente convenzionati hanno facoltà di erogare le prestazioni specialistiche finora rese nell'ambito delle convenzioni vigenti.

Visto l'art. 27, comma 2, della L.P. n.1 del 21.01.98 che prevede la possibilità di effettuare conguagli in favore dei soggetti privati convenzionati, limitatamente all'anno 1997 e 1998, qualora da un confronto nell'applicazione dei due tariffari emergano notevoli differenze tra di costi per l'erogazione delle prestazioni ed i relativi ricavi.

Considerato che il nomenclatore tariffario provinciale è articolato, oltre che negli Allegati 1, 2, 3, 4 predisposti secondo i principi, modi e misure stabiliti dal D.M. 22.07.96, anche in altre tabelle di prestazioni tariffate, costituenti parte integrante del presente provvedimento, e precisamente:

#### **Allegato A:**

- prestazioni riferite a particolari attività svolte in attuazione di attribuzioni specifiche, quali quelle relative alla cessione delle unità di sangue ed emocomponenti tra servizi sanitari pubblici e privati, regolate dal D.M. 5.11.96 e successive modifiche ed integrazioni, di cui già alla deliberazione della G.P. n. 1099 del 24.03.97, a cui viene aggiunta una nuova codifica provinciale (codici 300.10 – 300.23). Tali tariffe sono regolate ai sensi della L. n. 107 del 04.05.90.

Erwogen, daß bis zur endgültigen Festlegung der Akkreditierungsverfahren gemäß gesetzvertretendem Dekret Nr. 502/1992, in geltender Fassung, sowie bis zur Ausarbeitung der „Produktionspläne“ die zur Zeit konventionierten privaten Einrichtungen und Freiberufler alle fachärztlichen Leistungen erbringen können, die bisher im Rahmen der geltenden Vereinbarungen erbracht worden sind.

Nach Einsicht in den Artikel 27, Absatz 2 des L.G. Nr. 1 vom 21.01.1998, der für die Jahre 1997 und 1998 die Möglichkeit vorsieht, Ausgleichszahlungen zugunsten der privaten konventionierten Leistungsanbieter vorzunehmen, falls sich aus einem Vergleich der Anwendung beider Tarifverzeichnisse erhebliche Unterschiede zwischen den Kosten für die erbrachten Leistungen und den erwirtschafteten Erträgen ergeben.

Erwogen, daß das Landestarifverzeichnis im Einklang mit den vom Ministerialdekret vom 22.07.1996 vorgesehenen Prinzipien und Modalitäten in den Anlagen 1, 2, 3, 4 unterteilt ist und Tabellen mit weiteren Leistungen und Tarifen enthält, die einen wesentlichen Bestandteil der gegenständlichen Maßnahme bilden und zwar:

#### **Anlage A:**

- Leistungen, die sich auf ganz spezielle Tätigkeiten innerhalb begrenzter Aufgabengebiete beziehen, wie jene der Abtrennung von Bluteinheiten und Blutkomponenten an öffentliche und private Gesundheitsdienste gemäß Ministerialdekret vom 05.11.1996, bzw. Beschluß der Landesregierung Nr. 1099 vom 24.03.1997, in geltender Fassung, denen eine neue Kodex-Nummer zugeordnet wird (Kodizes 300.10 – 300.23). Diese Tarife sind vom Gesetz Nr. 107 vom 04.05.1990 geregelt.

## **Allegato B:**

- prestazioni relative alle visite a paganti in proprio nelle strutture ospedaliere della provincia, determinate annualmente con deliberazione della Giunta Provinciale (vedi D.G.P. n. 3137 del 07.07.97) ai sensi della L. P. n. 50 del 23.10.78;
- prestazioni relative ai consulti esterni e alle relazioni di malattia, già presenti nel tariffario approvato con deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92, fatte salve in attesa di futuro aggiornamento.

Le tariffe relative alle visite e ai consulti esterni sono fissate solo per „privati paganti“, cioè nell'interesse esclusivo dei richiedenti e a loro totale carico.

## **Allegato C:**

Prestazioni cosiddette „territoriali o domiciliari“, già presenti nel tariffario approvato con deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92, fatte salve ai sensi della L. P. n. 50/78 in attesa di futuro aggiornamento, con la consapevolezza della loro appartenenza ad un livello assistenziale diverso da quello contemplato con il presente provvedimento.

Visto l'articolo 5 del D.M. 15.04.94 il quale stabilisce che nell'assistenza specialistica indiretta il rimborso non potrà essere superiore ad una quota parte delle tariffe previste dalla presente deliberazione (Allegati 1 e 3).

Sentito il parere favorevole espresso dal Comitato provinciale per la programmazione sanitaria nella riunione del 27.05.98,

tutto ciò premesso

### **d e l i b e r a**

1. E' approvato il nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, di cui agli Allegati 1, 2, 3, 4 del presente atto deliberativo, che trova applicazione a partire dal **1 luglio 1998**.

## **Anlage B:**

- Leistungen, die im Zusammenhang mit Visiten von „selbstzahlenden Patienten“ in den Krankenhauseinrichtungen der Provinz Bozen erbracht werden, welche im Sinne des L.G. Nr. 50 vom 23.10.1978 jährlich mit Beschluß der Landesregierung (siehe B.L.R. Nr. 3137 vom 07.07.1997) festgelget werden;
- Leistungen im Zusammenhang mit externen Konsultationen sowie mit Krankheitsberichten, die in dem mit Beschluß der Landesregierung Nr. 4211 vom 27.07.1992 genehmigten Tarifverzeichnis enthalten sind und im Hinblick auf spätere Aktualisierungen vorerst aufrecht bleiben.

Die Tarife für die Untersuchungen sowie für die externen Konsultationen sind für „Private Bezahler“ festgesetzt, und zwar für jene Leistungen, die im ausschließlichen Interesse der Patienten und somit gänzlich zu deren Lasten gehen.

## **Anlage C:**

Sogenannte „territoriale Leistungen oder Leistungen am Wohnort des Patienten“, die in dem mit Beschluß der Landesregierung Nr. 4211 vom 27.07.1997 genehmigten Tarifverzeichnis bereits enthalten sind und gemäß L.G. Nr. 50/1978 im Hinblick auf eine spätere Aktualisierung vorerst bestehen bleiben. Die Leistungen beziehen sich auf eine Leistungsebene, die sich von jener im gegenständlichen Beschluß angesprochenen unterscheidet.

Nach Einsichtnahme in den Artikel 5 des Ministerialdekrets vom 15.04.94, wonach im Falle der indirekten fachärztlichen Betreuung jedenfalls nur ein Bruchteil der vom gegenständlichen Beschluß vorgesehenen Tarife (Anlagen 1 und 3) rückzuvergüten ist.

Nach Anhören des Landeskomitees für die Planung im Gesundheitswesen, welches in der Sitzung vom 27.05.1998 grundsätzlich ein positives Gutachten abgegeben hat;

all dies vorausgesetzt

### **b e s c h l i e ß t**

1. Das neue Tarifverzeichnis für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, die Instrumentaldiagnostik sowie für Laborleistungen gemäß den Anlagen 1, 2, 3 und 4 des gegenständlichen Beschlusses wird genehmigt und tritt mit Wirkung ab **1. Juli 1998** in Kraft.

2. Il nomenclatore provinciale tariffario, di cui al punto 1., recepisce il nomenclatore tariffario nazionale pubblicato con D.M. 22.07.96 con le modifiche ed integrazioni previste dallo stesso e richiamate nelle premesse, consistenti in
- aggiunte di ulteriori prestazioni precedute da lettera „I“;
  - accorpamenti di due o più prestazioni caratterizzate da lettera „A“;
  - ampliamenti delle note esplicative al fine di chiarire e disciplinare le modalità di esecuzione di specifiche prestazioni;
  - adeguamenti delle tariffe per quei settori o prestazioni per i quali la provincia abbia condotto apposita analisi e stima dei costi presso un campione di strutture pubbliche e private.
3. Vengono ridotte, in sede di prima applicazione, le tariffe relative alla prima visita, alle visite successive e al consulto definito complessivo, che passano:
- da L. 40.000 a L. 35.000 (codici 89.26, 89.03, 89.7, 89.13, 95.02)
  - da L. 25.000 a L. 23.000 (codici 89.01, 94.12.1)
  - da L. 90.000 a L. 80.000 (codice 89.07).
4. Il presente tariffario di specialistica ambulatoriale deve essere applicato da parte delle aziende speciali USL e dai soggetti erogatori privati convenzionati, secondo quanto disposto al successivo punto 5.
2. Das Landestarifverzeichnis gemäß Punkt 1. rezipiert das mit dem Ministerialdekret vom 22.07.1996 veröffentlichte gesamtstaatliche Tarifverzeichnis, mit den darin vorgesehenen Änderungen und Ergänzungen betreffend
- das Einfügen von weiteren Leistungen mit Buchstabe „I“,
  - die Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen, gekennzeichnet mit Buchstabe „A“,
  - das Hinzufügen von Erläuterungen zwecks Erklärung und Regelung der Durchführungsmodalitäten von bestimmten Leistungen;
  - die Angleichung der Tarife für jene Bereiche oder Leistungen, für welche das Land stichprobenartige Analysen und Kostenschätzungen in öffentlichen und privaten Einrichtungen durchgeführt hat.
3. Die Tarife für die Erstuntersuchungen, für die weiteren Untersuchungen und jene für das allgemeine Konsilium werden im Zuge ihrer ersten Anwendung herabgesetzt, und zwar:
- von 40.000 L. auf 35.000 L. (Kodizes 89.26, 89.03, 89.7, 89.13, 95.02)
  - von 25.000 L. auf 23.000 L. (Kodizes 89.01, 94.12.1)
  - von 90.000 L. auf 80.000 L. (Kodex 89.07).
4. Das gegenständliche Tarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen ist seitens der Sanitätsbetriebe und der privaten konventionierten Leistungsanbieter gemäß dem nachfolgenden Punkt 5. anzuwenden.

5. In attesa della definizione delle procedure di accreditamento definitivo di cui al D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, le singole strutture private nonché i liberi professionisti convenzionati sono autorizzati all'erogazione delle prestazioni specialistiche rese finora sulla base delle convenzioni in vigore e nelle modalità e quantità da determinarsi nell'ambito degli appositi rapporti da instaurare ai sensi dell'art. 8 commi, 5 e 7 del D. Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni. Tali soggetti devono, pertanto, considerarsi provvisoriamente accreditati qualora accettino il sistema di remunerazione a prestazione basato sulla tipologia, sulla qualità delle prestazioni erogate e sulle tariffe sopra indicate, nonché la negoziazione periodica della produzione da erogare (quantità e tipo) nell'ambito del sistema sanitario provinciale.
6. L'ambito di applicazione del nomenclatore tariffario provinciale presenta le seguenti caratteristiche:
- le tariffe rappresentano la **remunerazione massima** che può essere corrisposta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate nell'ambito del sistema sanitario provinciale da parte dei soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati;
  - le tariffe si applicano comunque per la **compensazione della mobilità sanitaria** intraprovinciale, della mobilità attiva interregionale e internazionale;
  - le nuove tariffe provinciali corrispondono alla „tar 2 prov“, „tar 2 conv“ e „tar1“ del nomenclatore provinciale fino ad oggi in vigore e approvato con deliberazione della G.P. n. 4211/92 e successive integrazioni;
  - in particolare la tariffa per „paganti in proprio“ (tar 1), di cui alla deliberazione citata, viene soppressa perché slegata dalla valutazione dei costi delle prestazioni e sostituita con la nuova tariffa provinciale;
  - diversamente la regolamentazione della libera professione intramuraria costituisce argomento da affrontare nell'ambito della concertazione tra aziende speciali USL e Provincia Autonoma.
5. Bis zur endgültigen Festlegung der Akkreditierungsverfahren gemäß gesetzvertretendem Dekret Nr. 502/1992, in geltender Fassung, sind die konventionierten privaten Einrichtungen und Freiberufler ermächtigt, die fachärztlichen Leistungen in dem bisher aufgrund der geltenden Vereinbarungen erbrachten Rahmen zu erbringen, und zwar mit den Modalitäten und im Ausmaß, wie sie in den Vereinbarungen gemäß Artikel 8, Absätze 5 und 7 des gesetzvertretenden Dekretes Nr. 502/1992 festgelegt werden. Die besagten Leistungsanbieter gelten somit vorläufig insofern akkreditiert, als sie sich einerseits mit dem gegenständlichen leistungsbezogenen Vergütungssystem auf der Grundlage der obgenannten Leistungsarten und Tarife sowie der Qualität der erbrachten Leistungen, als auch mit den vorgesehenen periodischen Vereinbarungen in bezug auf Leistungsplanung (Umfang und Art der Leistungen) einverstanden erklären.
6. Für die Anwendung des Landestarifverzeichnisses gelten folgende Grundsätze:
- die Tarife stellen den **Höchstwert** dar, der seitens der vorläufig akkreditierten öffentlichen und privaten Leistungsanbieter für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, für die Instrumentaldiagnostik und für die Laborleistungen im Rahmen des Landesgesundheitsdienstes entrichtet werden kann;
  - die Tarife werden jedenfalls für die **Verrechnung** der landesweiten, der überregionalen und internationalen Krankenmobilität angewandt;
  - die auf Landesebene festgelegten Tarife entsprechen dem „tar 2 prov“, dem tar 2 conv“ und dem „tar 1“ des bisher geltenden und mit Beschluß der Landesregierung Nr. 4211/1992, in geltender Fassung, genehmigten Landestarifverzeichnisses;
  - insbesondere findet der Tarif für die „selbstzahlenden Patienten“ (tar 1) gemäß dem genannten Beschluß keine Anwendung mehr, da dieser von den Kostenanalysen der Leistungen absieht; dieser Tarif wird durch die auf Landesebene neu festgelegten Tarife ersetzt;
  - die in den Einrichtungen ausübende freiberufliche Tätigkeit wird im Rahmen der Vereinbarungen zwischen den Sanitätsbetrieben und dem Land geregelt.

7. Non vengono modificati con il presente atto deliberativo né la base, né il meccanismo di calcolo delle **compartecipazioni**, rimandando ad una successiva disposizione e alla contrattazione tra le parti.
8. Sono approvate, mediante il presente atto deliberativo, le **Linee guida** per una migliore comprensione della struttura e dell'applicazione del nuovo tariffario di specialistica ambulatoriale, predisposto ai sensi del D.M. 22.07.96 e successive modifiche ed integrazioni
9. Viene rimandato ad un successivo atto di Giunta l'eventuale conguaglio in favore dei soggetti privati convenzionati, previsto dall'art. 27, comma 2 della L.P. n. 1 del 21.01.98, di cui nelle premesse.
10. Viene, altresì, rimandata ad un successivo atto della Giunta provinciale la rideterminazione della quota e delle modalità di rimborso, nell'ambito dell'assistenza indiretta, delle prestazioni incluse nelle branche carenti, di cui alla L.P. n. 13 del 18.06.81.
11. Restano in vigore altre prestazioni di assistenza specialistica, di cui già nelle premesse, elencate nelle tabelle costituenti parte integrante della presente deliberazione e precisamente:

**Allegato A:**

prestazioni relative alla cessione di unità di sangue ed emocomponenti, regolate dal D.M. 05.11.96, di cui già alla deliberazione della G.P. n. 1099 del 24.03.97, a cui viene modificata la codifica (codici 300.10 -300.23);

**Allegato B:**

- prestazioni relative alle visite a paganti in proprio nelle strutture ospedaliere della provincia, determinate annualmente con deliberazione della Giunta Provinciale (vedi D.G.P. n. 3137 del 07.07.97) ai sensi della L. P. n. 50 del 23.10.78;
- prestazioni relative ai consulti esterni e alle relazioni di malattia, già presenti nel tariffario approvato con deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92, fatte salve in attesa di futuro aggiornamento.

7. Mit der gegenständlichen Maßnahme wird weder die Berechnungsgrundlage noch der Berechnungsmechanismus der **Beteiligungen** geändert; es wird daher auf eine weitere Verfügung und Vereinbarung der Vertragspartner verwiesen.

8. Mit dem gegenständlichen Beschluß werden die **Leitlinien** genehmigt, die den Aufbau und die Handhabung des neuen Tarifverzeichnisses für die fachärztlichen Leistungen gemäß Ministerialdekret vom 22.07.1996, in geltender Fassung, erläutern.

9. Die in den Prämissen erwähnten allfälligen Ausgleichszahlungen zugunsten der privaten konventionierten Leistungsanbieter gemäß Artikel 27, Absatz 2 des L.G. Nr. 1 vom 21.01.1998 werden mit einer späteren Maßnahme der Landesregierung geregelt.

10. Im Rahmen der indirekten Betreuung wird die Neufestlegung der Vergütungsquote und – modalitäten der Leistungen mit einer weiteren Maßnahme der Landesregierung geregelt. Die besagten Leistungen sind in den unterversorgten Branchen gemäß L.G. Nr. 13 vom 18.06.1981 enthalten.

11. Es bleibt eine Reihe anderer fachärztlicher Leistungen gemäß den Prämissen in Kraft; diese sind in den Tabellen angeführt, die einen wesentlichen Bestandteil des gegenständlichen Beschlusses bilden. Es sind dies:

**Anlage A:**

Leistungen im Zusammenhang mit der Abtretung von Bluteinheiten und Blutkomponenten gemäß Ministerialdekret vom 05.11.1996 und Beschluß der Landesregierung Nr. 1099 vom 24.03.1997; die Kodierung dieser Leistungen ist geändert worden (Kodizes 300.10 bis einschließlich 300.23);

**Anlage B:**

- Leistungen, die im Zusammenhang mit Visiten von „selbstzahlenden Patienten“ in den Krankenhauseinrichtungen der Provinz Bozen erbracht werden, welche im Sinne des L.G. Nr. 50 vom 23.10.1978 jährlich mit Beschluß der Landesregierung (siehe B.L.R. Nr. 3137 vom 07.07.1997) festgelget werden;
- Leistungen im Zusammenhang mit externen Konsultationen sowie mit Krankheitsberichten, die in dem mit Beschluß der Landesregierung Nr. 4211 vom 27.07.1992 genehmigten Tarifverzeichnis enthalten sind und im Hinblick auf spätere Aktualisierungen vorerst aufrecht bleiben.

**Allegato C:**

Prestazioni cosiddette „territoriali o domiciliari“, già presenti nel tariffario approvato con deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92, fatte salve ai sensi della L. P. n. 50/78 in attesa di futuro aggiornamento, con la consapevolezza della loro appartenenza ad un livello assistenziale diverso da quello contemplato con il presente provvedimento.

12. È definito in prima approssimazione con il presente atto (ad esclusione dell'Allegato C di cui al precedente comma) il livello di assistenza specialistica: le ulteriori prestazioni ambulatoriali, erogate nell'ambito del SSP e non previste dal nomenclatore tariffario provinciale di cui al presente atto, devono essere oggetto di appositi tariffari frutto di concertazione tra le Aziende sanitarie e la Provincia Autonoma.
13. Il presente atto deliberativo viene pubblica interamente sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE DELLA G.P.

IL SEGRETARIO GENERALE DELLA G.P.

**Anlage C:**

Sogenannte „territoriale Leistungen oder Leistungen am Wohnort des Patienten“, die in dem mit Beschluß der Landesregierung Nr. 4211 vom 27.07.1997 genehmigten Tarifverzeichnis bereits enthalten sind und gemäß L.G. Nr. 50/1978 im Hinblick auf eine spätere Aktualisierung vorerst bestehen bleiben. Die Leistungen beziehen sich auf eine Leistungsebene, die sich von jener im gegenständlichen Beschluß angesprochenen unterscheidet.

12. Mit dem gegenständlichen Beschluß (ausgenommen Anlage C laut vorhergehendem Absatz) ist die fachärztliche Leistungsebene festgelegt worden: die weiteren ambulato- rischen Leistungen, die im Rahmen des Landesgesundheitsdienstes erbracht werden und im gegenständlichen Landestarifverzeich- nis nicht vorgesehen sind, müssen in eigenen Tarifverzeichnissen aufgrund von Verein- barungen zwischen den Sanitätsbetrieben und der Autonomen Provinz Bozen festgelegt werden.
13. Die gegenständliche Maßnahme wird im Amtsblatt der Region im vollständigen Text kundgemacht.

DER LANDESHAUPTMANN

DER GENERALSEKRETÄR DER L.R.

## **LINEE GUIDA**

### **per una prima applicazione del tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale**

#### **INQUADRAMENTO NORMATIVO**

In attuazione dell'art. 2, comma 9, della legge n. 549/95, il D.M. 22.07.96 ha individuato le »Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del sistema sanitario nazionale (SSN) e relative tariffe».

Il provvedimento si inserisce nel quadro normativo definito dal D.Lgs n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, dal D.M. 15.04.94, dalle L. 724/94, L. 549/95, L. 662/96, L. 449/97, in termini di regolamentazione del nuovo modello di erogazione e di remunerazione delle prestazioni nell'ambito del SSN e di attribuzione di competenze ai diversi livelli di governo del SSN.

Relativamente al primo aspetto l'art. 8 del citato D.Lgs.vo ha introdotto il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori del SSN basato su tariffe predeterminate per prestazione ed ha previsto l'istituzione di appositi rapporti con i soggetti erogatori, pubblici e privati, »fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate».

Relativamente al secondo aspetto, i provvedimenti citati hanno stabilito che spetta al Ministero della sanità l'individuazione e la specificazione dei livelli di assistenza, che le regioni/province autonome e le aziende USL hanno come compito di assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale.

In particolare il PSN 1994-96 specifica che il livello di assistenza specialistica, incluso nel livello di assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale, si realizza, oltre che attraverso le »attività di consultorio materno-infantile», anche attraverso »le visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio».

Pertanto l'elenco delle prestazioni riportato nell'Allegato 1 e 3 del tariffario D.M. 22.07.96 definisce il contenuto del livello uniforme di assistenza specialistica, di cui al punto 2.1., paragrafo 3.C, pag. 26 del PSN 1994-1996, G.U.

## **LEITLINIEN**

### **für eine erste Anwendung des Tarifverzeichnisses für die fachärztlichen ambulatorischen Leistungen**

#### **GESETZLICHER RAHMEN**

In Durchführung des Art. 2, Abs. 9 des Gesetzes Nr. 549/95 hat die Ministerialverordnung vom 22.07.96 »die im Rahmen des nationalen Gesundheitsdienstes (NGD) zu erbringenden ambulatorischen fachärztlichen Leistungen und die einschlägigen Tarife» festgelegt.

Die Maßnahme fügt sich in den gesetzlichen Rahmen ein, wie er von der Ges.vertr. Verordng. Nr. 502/92 und den anschließenden Änderungen und Ergänzungen, von der Min.verordng. vom 15.4.94, von den Gesetzen Nr. 724/94, Nr. 549/95, Nr. 662/96, Nr. 449/97 bezüglich der Regelung des neuen Modells für die Erbringung und die Vergütung der Leistungen im Rahmen des NGD und der Verteilung der Zuständigkeiten auf den verschiedenen Führungsebenen des NGD festgelegt wurde.

In bezug auf den ersten Aspekt hat Art. 8 der genannten Ges.vertr. Verordng. ein Vergütungssystem der Leistungsanbieter des NGD auf der Grundlage von festen Tarifen pro Leistung eingeführt und die Herstellung von eigenen Beziehungen zu den öffentlichen und privaten Anbietern »auf der Grundlage des Kriteriums der Akkreditierung der Einrichtungen, der leistungsbezogenen Zahlungsmodalitäten und der Anwendung eines Systems zur Überprüfung und Kontrolle der Qualität der geleisteten Tätigkeiten und der erbrachten Leistungen» vorgesehen.

In bezug auf den zweiten Aspekt haben die genannten Maßnahmen festgelegt, daß das Gesundheitsministerium die Aufgabe hat, die Versorgungsebenen zu ermitteln und festzulegen, und daß die Regionen/Autonomen Provinzen und die Sanitätsbetriebe die Aufgabe haben, die Versorgungsebenen durch einheitliche Bedingungen im gesamten Staatsgebiet zu gewährleisten.

Der NGP 1994-96 legt fest, daß die fachärztliche Versorgungsebene, die zum Bereich halbstationäre und territoriale fachärztliche Versorgung gehört, nicht nur in den »Tätigkeiten der Mutter- Kinder- Beratungsstellen» besteht, sondern auch in »Untersuchungen, fachärztlichen Leistungen, inbegriffen Instrumentaldiagnostik und Labor».

Deshalb legt das in den Anlagen 1 und 3 des Tarifverzeichnisses (Min.verordng. vom 22.07.96) wiedergegebene Leistungsverzeichnis den Inhalt der einheitlichen fachärztlichen Versorgungsebene fest, gemäß Punkt 2.1., Abschnitt 3.C, Seite 26 des NGP

La normativa sul riordino del SSN ha stabilito, inoltre, che spetta alle regioni/province autonome la determinazione delle tariffe delle prestazioni valide nei rispettivi ambiti territoriali, in conformità ai criteri generali definiti a livello nazionale (D.M. 15.04.94).

## CONTENUTI DEL DECRETO TARIFFE

### ALLEGATO 1

L'Allegato 1 elenca le prestazioni di assistenza specialistica erogabili nell'ambito del SSN e le relative tariffe.

Ciascuna prestazione è identificata da uno specifico codice numerico, che deve obbligatoriamente essere utilizzato per ogni fine amministrativo ed informativo nell'ambito del SSN.

Come riferimento per la definizione e la codifica delle singole prestazioni è stata adottata la traduzione italiana della »Classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche» (III volume dell'International Classification of Diseases-IX, Clinical Modification», ICD-9-CM), già in uso nell'ambito del SSN per la codifica delle schede di dimissione ospedaliera.

I codici identificativi delle prestazioni sono a tre, quattro o a cinque cifre. Le prime due cifre identificano l'apparato anatomico funzionale al quale fa riferimento la prestazione (da 03 a 86), ovvero la tipologia di prestazione (da 87 a 99); le cifre successive specificano il tipo e/o la sede della prestazione.

A tali criteri fanno eccezione le procedure di laboratorio, per cui il Ministero si è avvalso della collaborazione delle Associazioni del settore e per la cui codifica si è proceduto mediante un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico e per macrotipologie (biochimica, immunologia/immunoematologia/tipizzazione tissutale, microbiologia, genetica/biologia molecolare, citologia/istologia e anatomia patologica).

### SIMBOLI

Oltre al codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un simbolo che ne indica le specifiche condizioni di erogabilità. In particolare:

- Le prestazioni contrassegnate con la

Die Gesetzgebung über die Neuordnung des nationalen Gesundheitswesens hat außerdem festgelegt, daß es Aufgabe der Regionen/Autonomien Provinzen ist, die geltenden Tarife für die Leistungen in ihren jeweiligen Gebieten im Einklang mit den auf nationaler Ebene festgesetzten allgemeinen Kriterien festzulegen (Min.Verordng. vom 15.04.94).

## INHALTE DER TARIFVERORDNUNG

### ANLAGE 1

Die Anlage 1 führt die im Rahmen des NGD zu erbringenden fachärztlichen Leistungen und die einschlägigen Tarife an.

Jede Leistung wird durch einen spezifischen Zahlenkodex gekennzeichnet, dessen Anwendung für alle Verwaltungs- und Informationszwecke im Rahmen des NGD obligatorisch ist.

Als Bezug für die Festlegung und Kodierung der einzelnen Leistungen ist die italienische Übersetzung der »Internationalen Klassifizierung der chirurgischen Eingriffe und der Diagnose- und Therapieverfahren» (III Band der International Classification of Diseases-IX, Clinical Modification», ICD-9-CM), herangezogen worden, der bereits im Rahmen des NGD für die Kodierung der Krankenhausentlassungsscheine verwendet wird.

Die Leistungskodizes sind drei-, vier- oder fünfstellig. Die ersten beiden Ziffern bezeichnen den anatomischen Bereich, auf den sich die Leistung bezieht (von 03 bis 86), bzw. die Art der Leistung (von 87 bis 99); die nachfolgenden Ziffern bezeichnen die Art und/oder den Sitz der Leistung.

Eine Ausnahme zu diesen Kriterien stellen die Laborverfahren dar, bezüglich derer sich das Ministerium der Mitarbeit der Verbände des Bereichs bedient hat und für deren Kodierung ein fortlaufendes Numerierungssystem der in alphabetischer Ordnung und nach Makrotypen (Biochemie, Immunologie/Immunhämatologie/Gewebetypisierung Mikrobiologie, Genetik/ Molekularbiologie, Zytologie/ Histologie und Pathologische Anatomie) geordneten Leistungen gewählt wurde.

### SYMBOLE

Einige Leistungen sind nicht nur durch ihren Kodex gekennzeichnet, sondern auch noch durch ein Symbol, das Aufschluß über ihre spezifischen Leistungsbedingungen gibt. Insbesondere:

- Die mit dem Buchstaben »H»

lettera »H" sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero pubblici e privati accreditati;

- Le prestazioni contrassegnate con la lettera »R" sono erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti e abilitati dalle regioni/province autonome per l'erogazione di tali prestazioni (di elevata specialità);

- Altre prestazioni, infine, sono contrassegnate con il simbolo »\*". Si tratta delle prestazioni erogabili a carico del SSN solo secondo specifiche linee guida clinico-diagnostiche, di cui all'Allegato 2.

## LEGENDA

Per un'interpretazione corretta delle descrizioni delle singole prestazioni, si forniscono alcuni chiarimenti:

- Le parentesi tonde »( )" includono termini descrittivi della prestazione in questione, le parentesi quadre »[ ]" includono sinonimi o termini esplicativi della prestazione stessa.

- Le virgole »,," contenute nella descrizione delle prestazioni identificate dai codici da 87.02.1 a 88.99.5, qualora **non** siano incluse tra parentesi quadre sono finalizzate a distinguere i diversi distretti sui quali può essere eseguita la procedura in questione (che risulta identificata da un unico codice ed alla quale corrisponde, pertanto, un'unica tariffa). Solo qualora la medesima prestazione venga contemporaneamente prescritta con riferimento a più di un distretto è possibile riconoscere la remunerazione in misura pari al numero di distretti per i quali sia stata contemporaneamente prescritta.

- Le virgole »,," contenute nella descrizione delle prestazioni identificate dai codici da 87.02.1 a 88.99.5, qualora siano incluse tra parentesi quadre sono finalizzate ad elencare sinonimi o termini esplicativi della prestazione stessa, da ricondurre al codice corrispondente. Le prescrizioni mediche riportanti più sinonimi non possono comportare la fatturazione di più tariffe.

Gli esempi seguenti possono aiutare a chiarire le indicazioni precedenti.

A fronte della prestazione »88.22 *RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO – Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio*", cui corrisponde la tariffa di L. 29.000, una prescrizione di »Radiografia del gomito" o una prescrizione di »Radiografia

gekennzeichneten Leistungen können nur in geschützten Ambulatorien erfolgen, das heißt in Ambulatorien, die sich innerhalb von öffentlichen und privaten Krankeneinrichtungen befinden;

- Die mit dem Buchstaben »R" markierten Leistungen können nur von den fachärztlichen Ambulatorien erbracht werden, die von den Regionen/Autonomien Provinzen für die Erbringung dieser (hoch spezialisierten) Leistungen ausdrücklich anerkannt und ermächtigt worden sind;

- Andere Leistungen sind mit dem Symbol »\*" gekennzeichnet. Diese Leistungen können nur entsprechend spezifischen klinisch-diagnostischen Richtlinien gemäß Anlage 2 auf Kosten des NGD erbracht werden.

## LEGENDE

Um eine korrekte Auslegung der Beschreibung der einzelnen Leistungen zu ermöglichen, hier einige Erläuterungen:

- Die runden Klammern »( )" enthalten eine Beschreibung, die eckigen Klammern »[ ]" enthalten erläuternde Begriffe oder Synonyme der jeweiligen Leistung.

- Die Kommata »,," in der Beschreibung der mit den Kodizes von 87.02.1 bis 88.99.5 gekennzeichneten Leistungen dienen, sofern sie **nicht** in eckige Klammern eingeschlossen sind, der Unterscheidung zwischen den verschiedenen "Körper-Bezirken", auf die das betreffende Verfahren (das von einem einzigen Kodex gekennzeichnet ist und dem daher ein einziger Tarif entspricht) angewandt werden kann. Nur falls dieselbe Leistung gleichzeitig für mehrere "Körper-Bezirke" verschrieben wird, ist es möglich, die Vergütung in Höhe der Anzahl der "Körper-Bezirke" anzuerkennen, für die die Leistung gleichzeitig verschrieben worden ist.

- Die Kommata »,," in der Beschreibung der durch die Kodizes von 87.02.1 bis 88.99.5 gekennzeichneten Leistungen dienen, sofern sie in eckige Klammern eingeschlossen sind, der Aufzählung von Synonymen oder erläuternden Begriffen der auf den entsprechenden Kodex zurückzuführenden Leistung. Ärztliche Verschreibungen, die mehrere Synonyme enthalten, können nicht zur Verrechnung mehrerer Tarife führen.

Die nachstehenden Beispiele sollen zur Klärung dieser Ausführungen beitragen:

Mit Bezugnahme auf die Leistung »88.22 *RÖNTGENAUFNAHME DES ELLENBOGENS UND DES UNTERARMS – Röntgenaufnahme (2 Projektionen) von: Ellenbogen, Unterarm*", der der Tarif von 29.000 Lire entspricht, bedeutet eine Verschreibung »Röntgenaufnahme des Ellenbo-

dell'avambraccio", comportano la fatturazione di L. 29.000, mentre una prescrizione di »Radiografia del gomito e radiografia dell'avambraccio" comporta la fatturazione di L. 58.000 (= 29.000 \* 2).

A fronte della prestazione »87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO – TC del cranio [sella turcica, orbite]", cui corrisponde la tariffa di L. 161.000, una prescrizione di »TC del capo" comporta la fatturazione di L. 161.000, così come una prescrizione di »TC della sella turcica e delle orbite" o di »TC del cranio".

## NOTE

Sempre ai fini dell'interpretazione delle descrizioni delle singole prestazioni, vengono riportate le »Note" alla fine dell'Allegato 1, finalizzate a chiarire la definizione di alcune prestazioni, nonché a specificare la validità e le modalità di utilizzo delle tariffe corrispondenti.

In particolare si richiama l'attenzione sulle note relative alle seguenti prestazioni:

- Le prescrizioni recanti la dizione »NAS" (non altrimenti specificato) vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente. Le tariffe corrispondenti possono essere riconosciute solo in tale caso. Inoltre le tariffe corrispondenti alle prestazioni recanti »NAS" non possono mai essere riconosciute in aggiunta a tariffe relative a prestazioni specifiche di analogo contenuto.

- Per le prestazioni odontoiatriche (codici compresi tra 23.41 e 23.43.3, tra 24.70.1 e 24.80.1, codici 99.97.2 e 23.6) le tariffe si riferiscono al solo trattamento, escludendo il costo delle protesi, che rimane a carico dell'assistito. Viene fatta salva la vigente normativa provinciale in materia di rimborso delle protesi.

- Nella definizione delle prestazioni di radiodiagnostica e medicina nucleare è citato il numero di radiogrammi o proiezioni. Questo non va inteso come misura delle singole procedure che sono remunerate dalla tariffa corrispondente, bensì come indicazione del numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione specifica. Pertanto i valori numerici riportati non costituiscono limite né minimo né massimo per il professionista, cui è affidato il compito di perseguire il risultato diagnostico atteso con la prestazione. In proposito si segnala anche che le tariffe delle prestazioni in questione includono sia i costi dei mezzi di contrasto, sia quelli di assistenza anestesiológica, sia quelli

»Röntgenaufnahme des Unterarms" eine Verrechnung von 29.000 Lire, während eine Verschreibung »Röntgenaufnahme des Ellenbogens und Röntgenaufnahme des Unterarms" die Verrechnung von 58.000 Lire (=29.000 \* 2).

Mit Bezugnahme auf eine Leistung »87.03 COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT) DES KOPFES – CT des Schädels [Sella turcica, Augenhöhlen]", der ein Tarif von 161.000 Lire entspricht, bedeutet eine Verschreibung »CT des Kopfes" eine Verrechnung von 161.000 Lire, genauso wie eine Verschreibung »CT der Sella turcica und der Augenhöhlen" oder »CT des Schädels".

## ANMERKUNGEN

Zwecks einer besseren Auslegung der Beschreibung der einzelnen Leistungen werden am Ende der Anlage 1 die »Anmerkungen" angefügt, die einige Leistungen genauer definieren und die Gültigkeit und die Verwendungsart der Tarife genauer festlegen.

Insbesondere wird auf die Anmerkungen zu den nachstehenden Leistungen verwiesen:

- Die Verschreibungen mit dem Wortlaut »NNB" (nicht näher bestimmt) werden ausschließlich dann verwendet, wenn die betreffende verschriebene Leistung nicht aufgeführt ist. Die entsprechenden Tarife können nur in diesem Fall anerkannt werden. Außerdem können die Tarife, die den Leistungen mit der Bezeichnung »NNB" entsprechen, nie zusätzlich zu Tarifen anerkannt werden, die sich auf spezifische Leistungen ähnlichen Inhalts beziehen.

- Für die zahnärztlichen Leistungen (Kodizes zwischen 23.41 und 23.43.3, zwischen 24.70.1 und 24.80.1, Kodex 99.97.2 und 23.6) beziehen sich die Tarife nur auf die Behandlung; die Kosten für den Zahnersatz sind ausgeschlossen und vom Versorgungsberechtigten selbst zu tragen. Diesbezüglich findet zur Zeit geltende Regelung auf Landesebene Anwendung.

- Bei der Definition der röntgendiagnostischen und nuklearmedizinischen Leistungen ist die Anzahl der Röntgenaufnahmen bzw. Projektionen angegeben. Das ist nicht als Maß der einzelnen Verfahren zu verstehen, die durch den entsprechenden Tarif vergütet werden, sondern als Vorgabe für die Anzahl der Projektionen oder Aufnahmen, die für die Vollständigkeit der betreffenden Leistung als durchschnittlich ausreichend angesehen werden. Die angegebenen Zahlen stellen daher für den Facharzt keine Mindest- oder Höchstgrenze dar; der Facharzt hat die Aufgabe, mit der Leistung das erwartete Diagnoseergebnis zu erbringen. Diesbezüglich wird auch darauf hingewiesen, daß die Tarife der betreffenden Leistungen sowohl die Kosten der

associati all'impiego di particolari procedure o presidi sanitari.

- Per le prestazioni di emodialisi (codici 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9) le tariffe includono il costo dei farmaci e delle indagini di laboratorio comunemente connesse al trattamento dialitico. Pertanto l'eventuale erogazione di farmaci o di esami diagnostici in corso di trattamento dialitico non dà diritto ad alcuna remunerazione aggiuntiva oltre la tariffa della prestazione dialitica erogata.

## ULTERIORI PRECISAZIONI

Di seguito vengono riportate alcune ulteriori precisazioni circa l'interpretazione e l'applicazione dell'allegato 1.

Oltre alle prestazioni nella cui descrizione è espressamente specificata l'inclusione del farmaco, anche relativamente alle prestazioni di seguito elencate la tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato: H 03.8, H 03.91, H 03.92, H 04.81.1, H 04.81.2, H 05.31, H 05.32, H 16.91, H 34.92, H 38.98, H 54.97. Le tariffe relative alle altre prestazioni nel corso delle quali è prevista la somministrazione di farmaci non includono il costo del farmaco.

Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche, anche laddove non espressamente indicato nella relativa descrizione, includono il costo dell'anestesia eventualmente praticata

Le tariffe delle prestazioni relative all'esame colturale di diversi materiali biologici (codici 90.93.3, 90.93.5, 90.94.1, 90.94.2) remunerano tutte le procedure eseguite per la prestazione completa (esame colturale), ossia il referto di più microrganismi e lieviti patogeni dà luogo alla fatturazione di un'unica tariffa. Non può essere riconosciuta alcuna remunerazione per prestazioni di identificazione ed antibiogramma riferite a microrganismi e lieviti che non sono considerati patogeni, secondo le correnti acquisizioni scientifiche, con riferimento sia al sospetto clinico e/o all'anamnesi definiti nella prescrizione, sia al materiale esaminato.

## ALLEGATO 2

L'allegato n. 2 elenca le prestazioni che nell'allegato n. 1 sono contrassegnate con il simbolo »\*\*», con le rispettive specifiche linee guida clinico - diagnostiche.

Kontrastmittel als auch die Kosten der Anästhesieassistenz und auch die Kosten für den Einsatz besonderer Verfahren oder gesundheitlicher Hilfsmittel einschließen.

- Für Hämodialyseleistungen (Kodizes 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9) schließen die Tarife auch die Kosten der Pharmaka und der Laboruntersuchungen ein, die in der Regel mit der Dialysebehandlung verbunden sind. Deshalb berechtigt die allfällige Verabreichung von Pharmaka oder die Durchführung von Untersuchungen im Laufe der Dialysebehandlung nicht zu zusätzlichen Vergütungen über den Tarif der Dialyseleistung hinaus.

## WEITERE EINZELHEITEN

Nachfolgend einige weitere Erklärungen zur Auslegung und Anwendung der Anlage 1.

Neben den Leistungen, deren Beschreibung ausdrücklich angibt, daß Pharmaka eingeschlossen sind, schließt der Tarif auch für folgende Leistungen die Kosten der verabreichten Pharmaka ein: H 03.8, H 03.91, H 03.92, H 04.81.1, H 04.81.2, H 05.31, H 05.32, H 16.91, H 34.92, H 38.98, H 54.97. Die Tarife, die sich auf andere Leistungen beziehen, wobei die Verabreichung von Pharmaka vorgesehen ist, schließen die Kosten der Pharmaka nicht ein.

Die Tarife der zahnärztlichen Leistungen schließen die Kosten eventueller Anästhesien auch dort ein, wo dies in der Beschreibung nicht ausdrücklich angegeben ist.

Die Tarife für Leistungen im Zusammenhang mit Kulturverfahren verschiedener biologischer Materialien (Kodizes 90.93.3, 90.93.5, 90.94.1, 90.94.2) vergüten alle Verfahren, die für die vollständige Leistung ausgeführt wurden (Zuchtuntersuchung), d.h. der Befund mehrerer Mikroorganismen und pathogener Hefearten bewirkt die Verrechnung eines einzigen Tarifs. Es kann keine Vergütung für Erkennungsleistungen und Antibiogramme für Mikroorganismen und Hefearten erfolgen, die nach derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht als pathogen angesehen werden; das gilt sowohl für den klinischen Verdacht und/oder für die in der Verschreibung genannte Anamnese, als auch für das untersuchte Material.

## ANLAGE 2

Die Anlage 2 führt die Leistungen auf, die in der Anlage 1 mit dem Symbol »\*\*» gekennzeichnet sind, mit den jeweiligen spezifischen klinisch-diagnostischen Leitlinien.

### ALLEGATO 3

L'allegato n. 3 contiene l'accorpamento delle prestazioni erogabili secondo le branche specialistiche ed è finalizzato esclusivamente all'applicazione delle disposizioni **in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta** e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

Al fine dell'applicazione del limite di prescrivibilità di prestazioni per singola ricetta, relativamente alle »Prestazioni di prelievo" (91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3) si precisa che:

- Il prelievo **non** deve essere incluso nel conteggio delle prestazioni, sebbene debba essere specificamente riportato nella ricetta;
- Al fine del calcolo della remunerazione complessiva dell'erogatore, il valore della tariffa corrispondente alla prestazione di prelievo deve essere **sempre sommato** al valore delle altre prestazioni prescritte ed erogate.

L'elencazione per branca specialistica **non riveste alcun carattere definitorio né delle competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e delle strutture abilitati all'erogazione delle prestazioni**, che formano l'oggetto della normativa nazionale e regionale/provinciale in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e di accreditamento.

Nell'allegato 3, l'elenco »ALTRE PRESTAZIONI" include prestazioni erogate da specialisti di diverse branche e **non identifica un'ulteriore branca specialistica ai fini dell'applicazione delle disposizioni in materia di prescrivibilità per ricetta**: qualora una delle prestazioni incluse nell'elenco »ALTRE" sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni riconducibili ad una delle altre branche specialistiche del tariffario, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica di riferimento dell'unità operativa/professionista che la eroga.

### ALLEGATO 4

L'Allegato n. 4 elenca le prestazioni incluse nel tariffario nazionale D.M. 07.11.91 che risultano non più erogabili nell'ambito del SSN. Tale allegato recepisce, senza modifiche, l'elenco di prestazioni di cui all'Allegato 4 del D.M. 22.07.96.

### ANLAGE 3

Die Anlage 3 enthält die Gruppierung der möglichen Leistungen nach Fachbereich und dient ausschließlich der Anwendung der Bestimmungen **auf dem Gebiet der Grenze der Verschreibungsmöglichkeiten pro Rezept** und der Beteiligung der Bürger an den Kosten des Gesundheitswesens.

Bezüglich der Anwendbarkeit der Grenze der Verschreibungsmöglichkeiten der Leistungen pro Rezept, wird im Zusammenhang mit den »Entnahmeleistungen" (91.48.4, 91.48.5, 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3) folgendes unterstrichen:

- Die Entnahme darf in der Berechnung der Leistungen **nicht** inbegriffen sein, obwohl sie auf dem Rezept spezifisch wiedergegeben sein muß;
- Zur Berechnung der Gesamtvergütung für den Versorgungsleister ist der Wert der Entnahmeleistung immer zum Wert der übrigen verschriebenen und erbrachten Leistungen **hinzuzuzählen**.

Die Aufführung nach Fachbereich **stellt keine Definition der Zuständigkeiten weder der betroffenen Fachärzte noch der zur Erbringung der Leistung ermächtigten Freiberufler und Einrichtungen dar**, wobei die Leistungen den Gegenstand der nationalen und regionalen bzw. Landesgesetzgebung auf dem Gebiet der Genehmigung zur Ausübung der gesundheitlichen Tätigkeiten und der Akkreditierung bilden.

In der Anlage 3 schließt das Verzeichnis »ANDERE LEISTUNGEN" die Leistungen seitens der Fachärzte unterschiedlicher Bereiche ein und kennzeichnet **keinen weiteren Fachbereich hinsichtlich der Grenze der Verschreibungsmöglichkeiten pro Rezept**. Leistungen aus dem Verzeichnis »ANDERE LEISTUNGEN", die zusammen mit einer Leistung einer anderen Branche im selben Rezept verschrieben werden, sind als eine Leistung derselben Branche zu werten. Wird hingegen eine dieser Leistungen einzeln verschrieben, wird diese auf die Branche der Produktionseinheit bzw. des Facharztes bezogen, die sie erbracht hat.

### ANLAGE 4

Die Anlage 4 zeigt die Leistungen auf, die im alten gesamtstaatlichen Tarifverzeichnis (Min.verordng. vom 07.11.91) enthalten sind und heute im Rahmen des NGD nicht zu erbringen sind. Die besagte Anlage rezipiert die Auflistung der Leistungen gemäß Anlage 4 des Ministerialdekretes vom 22.07.1996.ohne jegliche Abänderung

In particolare la parte A dell'allegato riporta le prestazioni dichiarate obsolete dal Consiglio Superiore di Sanità, mentre la parte B riporta quelle ritenute non più erogabili in regime ambulatoriale. Queste ultime possono essere comunque erogate nell'ambito e a carico del SSN nel corso di ricoveri ospedalieri, in regime di degenza ordinaria ovvero di ricovero diurno.

In ambito provinciale il riferimento è costituito dalla Deliberazione della G.P. n. 4211 del 27.07.92 »Tariffario unico ospedaliero per le prestazioni specialistiche».

Vengono allegare al presente provvedimento, di cui costituiscono parte integrante:

- l'elenco delle prestazioni contenute nel tariffario provinciale del 1992 corrispondenti a quelle dell'allegato 4, parte A, ministeriale e quelle ulteriori considerate »obsolete» dai dirigenti medici della provincia (tabelle caratterizzate dalle sigle "A4a" e "OBS")
- l'elenco di prestazioni eliminate dal tariffario provinciale del 1992, le cui tariffe devono essere fissate, sulla base dei costi, dai servizi amministrativi delle aziende speciali USL (tabella caratterizzata dalla sigla "E")
- l'elenco delle prestazioni contenute nel tariffario provinciale del 1992 corrispondenti a quelle dell'allegato 4, parte B, ministeriale e quelle ulteriori considerate »non erogabili in regime ambulatoriale» da parte dei dirigenti medici della provincia (tabelle caratterizzate dalle sigle "A4b" e "RDH").

## TRADUZIONE

La traduzione del nomenclatore tariffario, affidata ai dirigenti medici delle varie branche specialistiche, potrebbe presentare alcuni errori di forma e di contenuto.

In caso di dubbio nell'interpretazione del testo, vale quello italiano.

## DECODIFICA

Alle aziende speciali USL vengono forniti ulteriori strumenti (su supporto cartaceo e magnetico) per una più agevole applicazione/consultazione del tariffario ed in particolare:

- la tabella di decodifica delle prestazioni »Vecchi codici provinciali del 1992 /Nuovi codici provinciali»
- la tabella di decodifica »Nuovi codici provinciali /Vecchi codici provinciali del 1992»

Der Teil A der Anlage listet die Leistungen auf, die vom Obersten Rat für Gesundheit als "überholt" erklärt worden sind, während der Teil B jene Leistungen enthält, die ambulatorisch nicht mehr angeboten werden können. Letztere können auf jeden Fall auf Kosten des NGD im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes oder im Day-Hospital/Day Surgery erbracht werden.

Auf Landesebene wird auf den Beschluß der Landesregierung Nr. 4211 vom 27.07.92 "Einheitliches Krankentarifverzeichnis für fachärztliche Leistungen" Bezug genommen.

Dem gegenständlichen Beschluß werden folgende Dokumente als integrierende Bestandteile beigegeben:

- das Verzeichnis der im Landestarifverzeichnis vom 1992 enthält Leistungen, die jenen der Anlage 4, Teil A, der Ministerialverordnung entsprechen und jene, die von den Oberärzten der Provinz als "überholt" erklärt werden (Tabellen mit den Kennzeichen "A4a" und "OBS")
- das Verzeichnis der aus dem Landestarifverzeichnis vom 1992 entfernten Leistungen, deren Tarife auf der Grundlage der Kosten von jeweiligen Verwaltungsdienst der Sonderbetriebe S.E. festgelegt werden (Tabelle mit dem Kennzeichen "E")
- das Verzeichnis der im Landestarifverzeichnis von 1992 enthaltenen Leistungen, die jenen der Anlage 4, Teil B, der Ministerialverordnung entsprechen und jene, die nach Ansicht der Oberärzte der Provinz Bozen "nicht in ambulanter Form" erbracht werden können (Tabellen mit den Kennzeichen "A4b" und "RDH").

## ÜBERSETZUNG

Die den Oberärzten der verschiedenen Fachbereiche anvertraute Übersetzung des Tarifverzeichnisses kann manchmal in Form und Inhalt nicht korrekt sein.

Deshalb gilt im Zweifelsfall bei der Auslegung der italienische Text.

## UMKODIERUNG

Um den Sanitätseinheiten die Handhabung und Interpretation des Tarifverzeichnisses zu erleichtern, werden weitere Instrumente in Form von Dokumentation auf Papier und auf elektronischem Datenträger mitgeliefert, die in der Folge aufgezählt werden:

- die Tabelle mit der Umkodierung der Leistungen "Alte Landeskodizes 1992/Neue Landeskodizes"
- eine Tabelle mit der Umkodierung der Leistungen »Neue Landeskodizes/Alte Landeskodizes 1992»

## AMBITO DI APPLICAZIONE DEL TARIFFARIO

L'applicazione del tariffario è limitata esclusivamente alle prestazioni erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale.

Qualora tali prestazioni siano strettamente e direttamente correlate al ricovero possono essere erogate al paziente prima del ricovero, in regime di assistenza ambulatoriale. Ai fini dell'erogazione di queste prestazioni **non deve essere richiesta alcuna apposita prescrizione** mediante modulare del sistema sanitario provinciale (Deliberazione della G.P. n. 6337 del 01.12.97). Al presidio ospedaliero o casa di cura che le eroga non deve essere riconosciuta alcuna remunerazione aggiuntiva oltre la tariffa corrispondente al DRG al quale il ricovero in questione viene attribuito.

Analogamente le tariffe **non** sono finalizzate alla remunerazione di singole prestazioni eventualmente rese in favore di degenti da parte di strutture diverse da quella nella quale essi sono ricoverati. Tali prestazioni **costituiscono l'oggetto di scambi e, quindi, di specifici accordi/contratti tra la struttura ospedaliera e altri erogatori.**

Le tariffe di riferimento in provincia dovranno essere definite in collaborazione con le aziende speciali USL tramite un successivo atto della Giunta Provinciale.

## AGGIORNAMENTI

L'aggiornamento del tariffario provinciale di prestazioni specialistiche dovrà avvenire, tramite un apposito atto della Giunta provinciale, con periodicità almeno triennale, secondo le disposizioni contenute nel D.M. 15.04.94, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni dei costi delle prestazioni rilevate.

Le modalità specifiche per l'aggiornamento del tariffario e per l'introduzione di nuove prestazioni verranno fissate con successivo provvedimento.

## ANWENDUNGSBEREICH DES TARIFVERZEICHNISSES

Die Anwendung des Tarifverzeichnisses ist auf Leistungen beschränkt, die im Rahmen der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung erbracht werden.

Sollten diese Leistungen eng und direkt an den Krankenhausaufenthalt gebunden sein, können sie dem Patienten vor der Einweisung ambulant verabreicht werden. Für die Inanspruchnahme dieser Leistungen **ist es nicht erforderlich, eine eigene Verschreibung** mittels Ausfüllen des entsprechenden Vordruckes des Landesgesundheitsdienstes anzufordern (Beschluss der L.R. Nr. 6337 vom 01.12.97). Dem Krankenhaus oder der Privatklinik, die diese Leistungen erbringt, ist keine zusätzliche Vergütung zum anderweitig ermittelten stationären DRG - Tarif zuzuerkennen.

Analog dazu sind die Tarife **nicht** für die Vergütung von Einzelleistungen vorgesehen, die für Patienten erbracht werden, die in anderen Einrichtungen stationär betreut werden. Derartige Leistungen sind **Gegenstand von sog. »Austauschgeschäften«** und somit von **eigenen Vereinbarungen, die zwischen den Krankenseinrichtungen und anderen Anbietern von medizinischen Leistungen abgeschlossen werden.**

Die für die Provinz Bozen anzuwendenden Tarife werden in Zusammenarbeit mit den Sanitätsbetrieben mit einer späteren Maßnahme der Landesregierung festgelegt.

## AKTUALISIERUNGEN

Die Aktualisierung des Landestarifverzeichnisses für die fachärztlichen Leistungen hat gemäß den Bestimmungen des Ministerialdekretes vom 15.04.1994 mindestens alle drei Jahre mit einer eigenen Maßnahme der Landesregierung zu erfolgen. Dabei sind die technologischen Neuerungen und die Kostenänderungen der erhobenen Leistungen zu berücksichtigen.

Die Modalitäten für die Aktualisierung des Tarifverzeichnisses und für die Einführung neuer Leistungen werden mit einer späteren Maßnahme beschlossen.

## REPORTS

La reportistica di riferimento verrà definita sulla base del nuovo tracciato record, approvato con Deliberazione della Giunta Provinciale n. 1071 del 23.03.98 »Direttiva per la regolamentazione della procedura informativa per la rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio con decorrenza dal 1 giugno 1998», che permette la rilevazione sistematica delle informazioni anagrafico-amministrative e sanitarie, inerenti le prestazioni erogate da tutti i soggetti della provincia.

In attesa dell'entrata a regime della nuova procedura informativa restano salvi tutti i report e i normali flussi previsti dalla normativa attualmente in vigore.

## BERICHTSWESEN

Die diesbezüglichen Berichte werden auf der Grundlage der mit Beschluß der Landesregierung Nr. 1071 vom 23.03.98 genehmigten Datenstruktur betreffend "Richtlinie für die Regelung des Informationsverfahrens für die Erhebung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, der apparativen Diagnosen und der Laboruntersuchungen ab 1. Juni 1998" abgefaßt, deren Datensatzaufbau es ermöglicht, eine systematische Erhebung all der in der Provinz Bozen von den jeweiligen Leistungsanbietern erbrachten Leistungen vorzunehmen, und die für das Gesundheitswesen meldeamtlich- und verwaltungsmäßig relevanten Daten zu erfassen.

Bis zum Inkrafttreten des neuen Informationsverfahrens bleiben die Berichte und die bisher gebräuchlichen Informationsflüsse aufrecht, wie sie von den derzeit geltenden Bestimmungen geregelt sind.